

Ο ρόλος της συμβουλευτικής σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την οικογένειά τους

Δημήτριος Θεοφανίδης

Νοσηλεύτης ΤΕ (MSc), ΤΑΠ-ΟΤΕ, Εργαστηριακός Συνεργάτης,
ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η Συμβουλευτική εδραιώνεται θεωρητικά ως επιστημονικός κλάδος και εφαρμόζεται πρακτικά ως μια ειδική δραστηριότητα, σε πολλά διαφορετικά επαγγέλματα. Η αδρή κατανομή της βρίσκεται στο χώρο ανάμεσα στην ψυχοθεραπεία και τη φιλία κι έχει γίνει μια αναγνωρισμένη προέκταση του έργου σχεδόν οποιουδήποτε που έχει να κάνει με τις προσωπικές, κοινωνικές, επαγγελματικές, εκπαιδευτικές, πνευματικές και ανάγκες υγείας των ανθρώπων. Η επιτυχής αντιμετώπιση των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) δεν είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης ενός μόνο κλάδου από τα επαγγέλματα υγείας, αλλά απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση. Όμως, οι νοσηλευτές με ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του ΑΕΕ, οι οποίοι χρησιμοποιούν τη Συμβουλευτική και τις ποικίλες τεχνικές που προσφέρει στην αντιμετώπιση καθημερινών κλινικών προβλημάτων, θεωρούνται ως θεραπευτές-κλειδιά στη συνολική διαχείριση των ασθενών με ΑΕΕ. Επομένως, οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να ενσωματώνουν στοιχεία Συμβουλευτικής στην κλι-

The role of counselling in patients with stroke and their family

Dimitrios Theofanidis

RN, MSc, TAP-OTE, Nursing Department, Laboratory Collaborator, ATEI of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Nursing Department, ATEI of Thessaloniki

SUMMARY Counselling is consolidated theoretically as scientific sector and is applied practically as a special activity, in a lot of different professions. It's broad distribution lays between psychotherapy and friendship, and has become a recognized extension of work of almost anyone that deals with the person's personal, social, professional, educational, intellectual and health needs. The successful handling of patients with stroke is not the result of the therapeutic intervention of a single sector from the health care professionals but requires an interdisciplinary approach. However, nurses with special knowledge for the confrontation of stroke who implement counselling and the various techniques that it offers in the confrontation of daily clinical problems are considered as primary healers for the total management of stroke patients. Consequently, nurses could and should incorporate elements of counselling in their clinical practice and more specifically advice for change concerning their life after the stroke (reduction of risk factors) and psycholo-

Σημείωση: Για τις ανάγκες αυτής της εργασίας, οι όροι ασθενής και άρρωστος χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, όπως επίσης και οι όροι σύμβουλος και θεραπευτής.

νική πρακτική τους και, πιο συγκεκριμένα, οδηγίες ως προς την αλλαγή τρόπου ζωής μετά το ΑΕΕ (μείωση παραγόντων κινδύνου) και ψυχολογική στήριξη (μείωση άγχους, θλίψης), αλλά και για την αντιμετώπιση της αναπηρίας.

Λέξεις-κλειδιά:

- Συμβουλευτική • Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Νοσηλευτική παρέμβαση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δημήτριος Θεοφανίδης
 Ιεροσολύμων 21, Καλαμαριά, 551 34 Θεσσαλονίκη
 Τηλ. 2310-430 440, 6945-227 796, 2310-430 440
 E-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΟ
 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Σύμφωνα με τη Βρετανική Ένωση για Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία (British Association of Counselling and Psychotherapy, BACP), η Συμβουλευτική πραγματοποιείται όταν ο σύμβουλος βλέπει έναν ασθενή σε μια ιδιωτική και εμπιστευτική συνάντηση, για να ερευνηθεί μια ψυχολογική, κοινωνική ή άλλη δυσκολία που έχει ο ασθενής ή η απώλεια μιας αίσθησης της κατεύθυνσης και του σκοπού της ζωής.¹

Όταν ο σύμβουλος ακούει προσεκτικά και υπομονετικά τον ασθενή, μπορεί να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες που βιώνει (ο πελάτης) από την άποψη του ασθενούς και μπορεί να τον βοηθήσει να δει τα πράγματα πιο καθαρά, ενδεχομένως από μια διαφορετική προοπτική. Η Συμβουλευτική είναι ένας τρόπος για να αυξηθούν οι επιλογές του συμβουλευόμενου και να υποστηριχθούν η διάθεση ή η απόφασή του για αλλαγή. Δεν περιλαμβάνει την άμεση παροχή των συμβουλών ή την κατεύθυνση ενός ασθενούς για να ακολουθήσει ένα ιδιαίτερο σχέδιο δράσης. Οι σύμβουλοι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να κρίνουν ή να εκμεταλλεύονται τους ασθενείς τους.²

Οι περισσότερες συνεδρίες αρχίζουν από μια θεωρητική βάση, χαρακτηριστικά ανθρωπιστική, ψυχοδυναμική, γνωστική ή συμπεριφορική. Ο ασθενής, προτού αποφασίσει να συμμετάσχει σε μια σειρά συμβουλευτικών συνεδριών, είναι ενδεδειγμένο να έχει πληροφορίες για το θεωρητικό υπόβαθρο των συνεδριών, την κατάρτιση και τις δεξιότητες του συμβούλου και, τέλος, τι μπορεί να περιμένει από την εμπειρία αυτή.³

gical support (reduction of stress, sadness), but also the confrontation of infirmity.

Key words:

- Counselling • Stroke • Nursing intervention

Corresponding author

Dimitrios Theofanidis
 21 Ierosolimon street, GR-551 34 Kalamaria, Thessaloniki, Greece
 Tel. +30 2310-430 440, 6945-227 796, +30 2310-430 440
 E-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr

Κατά τις συνεδρίες της Συμβουλευτικής, ο ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) μπορεί να ερευνησει τις διάφορες πτυχές της ζωής και των συναισθημάτων του μιλώντας για τα θέματα αυτά ελεύθερα και ανοιχτά, με έναν τρόπο που είναι σπάνια εφικτός με τους φίλους ή την οικογένεια. Συναισθήματα όπως ο θυμός, η ανησυχία, η θλίψη και η αμηχανία, που βιώνουν τόσο ο ασθενής με ΑΕΕ όσο και η οικογένειά του, μπορεί να γίνουν πολύ έντονα με την πάροδο του χρόνου και η παροχή συμβουλών να προσφέρει μια ευκαιρία να εξερευνηθούν, με τη δυνατότητα να έρθουν στην επιφάνεια και να γίνουν ευκολότερα κατανοητά. Ο σύμβουλος ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων του ασθενούς και, ως αποτέλεσμα της κατάρτισής του, θα είναι σε θέση να ακούσει τα προβλήματα του ασθενούς χωρίς να υποστεί ο ίδιος συναισθηματική φόρτιση από τα προβλήματα αυτά.⁴

Η αποδοχή και ο σεβασμός του ασθενούς είναι μείζονος σημασίας για ένα σύμβουλο και, καθώς η σχέση αναπτύσσεται, αυξάνεται και η εμπιστοσύνη μεταξύ τους, επιτρέποντας στον ασθενή να ελέγξει πολλές πτυχές της ζωής του μετά το ΑΕΕ, τις σχέσεις του με τον άμεσο και έμμεσο περίγυρό του, που μπορεί να μην είχε εξετάσει ή να μην ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει πριν. Ο σύμβουλος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή με ΑΕΕ να εξετάσει λεπτομερώς τη συμπεριφορά ή τις καταστάσεις που είναι ενοχλητικές γι' αυτόν και να βρεθεί μια περιοχή όπου θα ήταν δυνατόν να αρχίσει κάποια αλλαγή από τον ίδιο τον ασθενή χωρίς την άμεση καθοδήγηση του συμβούλου. Ο σύμβουλος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εξετάσει

τις επιλογές του και να αποφασίσει το καλύτερο για το μέλλον.⁵

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν είναι δυνατόν να γίνει μια γενικά αποδεκτή διάκριση μεταξύ της Συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας.⁶ Υπάρχουν αρκετές έγκριτες ψυχοθεραπευτικές σχολές που χρησιμοποιούν τους όρους εναλλακτικά και άλλες που διακρίνουν μεταξύ τους. Εάν παρατηρούνται διαφορές, αυτές αφορούν περισσότερο μεμονωμένα την κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή ή του συμβούλου και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν, παρά την οποιαδήποτε εγγενή διαφορά ανάμεσα στους δύο επιστημονικούς κλάδους.

Πρακτικά, όμως, ένας ψυχοθεραπευτής που εργάζεται σε ένα νοσοκομείο είναι πιθανότερο να ενδιαφερθεί για τις αυστηρές ψυχολογικές διαταραχές απ' ό,τι για το ευρύτερο φάσμα των προβλημάτων, για το οποίο είναι αρμόζον να ερωτηθεί ένας σύμβουλος. Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής με ΑΕΕ υποφέρει από κλινική κατάθλιψη, τότε τουλάχιστον αρχικά θα πρέπει να την αντιμετωπίσει ο ψυχοθεραπευτής ή ο ψυχίατρος. Εάν όμως ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να ακολουθήσει μια πιο υγιεινή διατροφή (π.χ. η υπερχοληστεριναιμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το ΑΕΕ) ή αν χρειάζεται υποστήριξη για να διακόψει το κάπνισμα ή το αλκοόλ (επίσης σοβαροί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ΑΕΕ), τότε η Συμβουλευτική αποτελεί ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς σχετική έρευνα των Evans et al (2001) έδειξε ότι μια αρχική εκπαίδευση μαζί με επτά ακόλουθες συνεδρίες είχε πιο θετικό αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου σε σχέση με τις στερεότυπες ιατρικές οδηγίες που δίνονται στους ασθενείς αυτούς.⁷

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών με ΑΕΕ δεν είναι προνόμιο του κάθε επαγγελματία υγείας αλλά μια συνδυασμένη προσέγγιση από όλους. Οι νοσηλεύτες, μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου, κατέχουν ξεχωριστή θέση σ' αυτή τη διεπιστημονική προσέγγιση. Λόγω της φύσης της εργασίας τους έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν μια βαθύτερη επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς, μέσω της μεγαλύτερης επαφής μαζί του, καθώς προσφέρουν 24ωρη φροντίδα, 365 μέρες το χρό-

νο. Έχουν επίσης την ευκαιρία να επιτύχουν ομοιογενή φροντίδα, εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της πράξης. Παρόλ' αυτά, για να είναι η φροντίδα αποτελεσματική, ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας πρέπει να εργάζονται ομαδικά για να πετύχουν ρεαλιστικούς στόχους. Η εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς και της κατάλληλης παρέμβασης βασίζονται στην κατανόηση του τι φυσιολογικά συμβαίνει στον ασθενή, στην πιθανότητα θετικής απόκρισης του ίδιου και των φροντιστών του και στις πηγές που μπορούν να ξευρεθούν για να βοηθήσουν την κατάσταση.^{8,9}

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΑΕΕ είναι πολύ σοβαρά επηρεασμένοι από την κατάστασή τους, η εξάσκηση ειδικών λειτουργιών είναι επίπονη και η επιτυχία δεν παρουσιάζεται συχνά τόσο γρήγορα και ξεκάθαρα όσο θα επιθυμούσε ο άρρωστος, με αποτέλεσμα να γίνεται ευαίσθητος, ανυπόμονος, καταθλιπτικός και σε ορισμένες περιπτώσεις να εμφανίζει τάσεις επιθετικότητας. Συνεπώς, ο άρρωστος χρειάζεται τη βοήθεια του νοσηλευτή για να μην απομονωθεί και εγκλωβιστεί μέσα στο πρόβλημά του. Ο ρόλος του νοσηλευτή με δεξιότητες Συμβουλευτικής είναι να αποκαταστήσει τη σωματική, πνευματική και ψυχική αναπηρία του ημιπληγικού και να τον βοηθήσει να επανέλθει στους προηγούμενους προσωπικούς και κοινωνικούς ρόλους του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους: (α) Με την ατομική θεραπεία, η οποία ασκείται μεταξύ δύο ατόμων, νοσηλευτή-συμβούλου και ασθενούς, ενώ αποτελεί σχέση και παρέμβαση καθαρά εξατομικευμένη. Κανείς άλλος δεν παρευρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες. Απαιτούνται 2 θεραπευτικές συνεδρίες κάθε εβδομάδα. (β) Με την ομαδική θεραπεία, που αφορά προσεκτικά προεπιλεγμένους ασθενείς, οι οποίοι τοποθετούνται σε μια ομάδα καθοδηγούμενη από το νοσηλευτή-σύμβουλο. Πρόκειται για κλειστές ομάδες και σε διάστημα 4 εβδομάδων θεραπείας παίρνουν μέρος 6-8 ασθενείς σε κάθε ομάδα. (γ) Με τις συνομιλίες με συγγενείς των αρρώστων, μεμονωμένα ή σε ομάδες. Ένας τουλάχιστον συγγενής πρέπει να εντάσσεται στην αποκατάσταση. Σκοπός της συνομιλίας είναι η ψυχολογική προετοιμασία της οικογένειας για τις συναισθηματικές μεταβολές του ημιπληγικού, καθώς και η προσπάθεια του νοσηλευτή-συμβούλου να πείσει την οικογένεια πως ο ημιπληγικός δεν αποτελεί μη-χρήσιμο μέλος της κοινωνίας.^{10,11}

Η τάση για απομόνωση είναι συχνό φαινόμενο για τους ασθενείς με ΑΕΕ. Το να ζει όμως ένα άτομο μόνο δεν σημαίνει ότι είναι απομονωμένο. Οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να συλλογίζονται τις καταστάσεις και έτσι να καθορίζουν τη δράση τους. Το να είναι ένα άτομο σε συνεχή εγγήγορη εμποδίζει την αδράνεια και το βοηθάει να συμβιβαστεί με το ΑΕΕ. Οι ασκήσεις για αποκατάσταση της λειτουργικότητας, τις οποίες μπορεί να εκτελέσει μόνος του ο ασθενής, προάγουν την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και μπορούν επίσης να εστιάσουν την προσοχή του αρρώστου. Ο ρόλος του νοσηλευτή-συμβούλου είναι να δώσει τη δυνατότητα στον άρρωστο να μείνει μόνος όταν το επιθυμεί, χωρίς όμως να απομονωθεί. Ο ασθενής πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος και πως έχει δικαίωμα να τον καλέσει οποιαδήποτε στιγμή. Από την άλλη μεριά, ο νοσηλευτής-σύμβουλος πρέπει να παρατηρεί τη γλώσσα του σώματος και να δίνει στον ασθενή ευκαιρίες να συζητήσει ή να αναζητήσει συντροφιά, αν και όταν το επιθυμεί.^{12,13}

ΣΚΟΠΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σκοποί της Συμβουλευτικής μετά από ΑΕΕ είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς και η ιεράρχηση των αναγκών του, ο προσδιορισμός των θεραπευτικών στόχων, η σωστή εφαρμογή των συμβουλευτικών συνεδριών, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, η προαγωγή της διαδικασίας αποκατάστασης του ασθενούς, η ενθάρρυνση της οικογένειας για ενεργό συμμετοχή και, τέλος, η αξιολόγηση της όλης διαδικασίας.

Ειδικότεροι στόχοι της Συμβουλευτικής μετά από ΑΕΕ είναι η αντιμετώπιση τόσο των ψυχολογικών (άγχος, καταθλιπτική συνδρομή κ.ά.) και κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. απομόνωση), όσο και των βιολογικών παραμέτρων που δημιουργεί η νόσος, όπως ο πόνος. Πιο συγκεκριμένα, ο πόνος και το άγχος που βιώνει ο ασθενής θα γίνουν αντικείμενο περαιτέρω συζήτησης σε αυτή την ενότητα.¹⁴

Ο ασθενής με πόνο

Ο πόνος μετά από ΑΕΕ είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Η αντίληψη του πόνου περιλαμβάνει τα ακόλουθα

στοιχεία: αισθητηριακό στοιχείο, που αφορά στη φύση του πόνου, γνωστικές αντιδράσεις, όπως σκέψεις, και συναισθήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη κ.λπ., και κινητική συμπεριφορά, π.χ. κλάμα, ρυθμικές κινήσεις μπρος-πίσω, συσπάσεις κ.λπ. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το σύνδρομο του «επώδυνου ώμου», το οποίο προκαλείται συχνά από εσφαλμένους χειρισμούς του προσωπικού υγείας, συνήθως όταν μετακινεί τον ασθενή χρησιμοποιώντας την ημιπληγική πλευρά του. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου είναι σημαντική η λεπτομερής διάγνωση των παρακάτω: εντοπισμός του πόνου, ένταση του πόνου, μορφή του πόνου (οξύς πόνος, σαν τσίμπημα κ.λπ.), εμφάνιση και πορεία του πόνου στο χρόνο, παράγοντες που προκαλούν τον πόνο, παράγοντες που οξύνουν ή βελτιώνουν την κατάσταση, συσχετιζόμενα φαινόμενα.¹⁵

Σημαντικές είναι και οι ακόλουθες ερωτήσεις για την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του πόνου: «Τι άλλαξε στη ζωή σας λόγω του πόνου;», «Τι είναι αυτό που ανακουφίζει περισσότερο τον πόνο;», «Ποιο είναι το χειρότερο που υπάρχει στον πόνο που νιώθετε;».

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν και να χαμηλώσουν το όριο ανεκτικότητας στον πόνο είναι το άγχος, η θλίψη και η στενοχώρια, η ανησυχία και, τέλος, τα προβλήματα ύπνου (κυρίως η αϋπνία).

Πιθανοί τρόποι ανακούφισης του πόνου είναι οι τεχνικές απόσπασης προσοχής (εστίαση σε ένα αντικείμενο, δημιουργία εικόνων κ.λπ.), οι στρατηγικές «υποβολής», η μείωση του άγχους και της ανασφάλειας, η προσευχή, ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης. Βασικές οδηγίες-κανόνες που πρέπει να ακολουθεί ο σύμβουλος για την αντιμετώπιση του πόνου λόγω ΑΕΕ είναι:

- Να μην αμφιβάλλει για όσα αναφέρει ο ασθενής για τον πόνο που νιώθει
- Να μην κάνει τον ασθενή να περιμένει
- Να αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα κάθε φορά
- Να δημιουργήσει ένα σχέδιο θεραπείας
- Να συζητήσει το σχέδιο θεραπείας με τον ασθενή και τους συγγενείς του
- Να εξετάσει την πορεία του ασθενούς μετά το σχεδιασμό της θεραπείας του
- Να δημιουργήσει μια σταθερή σχέση με τον ασθενή
- Να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα του ασθενούς (παραπομπή)

– Να μην αφήσει τον ασθενή, ακόμα και όταν φαίνεται ότι δεν μπορεί να κάνει κάτι περισσότερο γι' αυτόν.¹⁶

Ο ασθενής με άγχος

Ο ασθενής με ΑΕΕ βιώνει συχνά άγχος. Το αίσθημα αυτό μπορεί να έχει τη μορφή του καθημερινού (υποκλινικού) άγχους έως και του άγχους με σοβαρή κλινική συμπτωματολογία (σύνδρομο μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής), γι' αυτό και ο ρόλος του συμβούλου είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στα εξής:

- *Πρόληψη του άγχους*: Χρήση κατανοητού λόγου για αποφυγή πρόκλησης άγχους, αποφυγή ανωνυμίας, αποφυγή απομόνωσης του ασθενούς.¹⁷
- *Αναγνώριση και διάκριση διαφόρων μορφών άγχους*: (α) Αναγνώριση μορφών άγχους («δύσκολη» συμπεριφορά, προβλήματα συμμόρφωσης) και μηχανισμοί άμυνας (κατάχρηση φαρμάκων και άλλων ουσιών). (β) Διάκριση διαφόρων μορφών άγχους («φυσιολογικό» άγχος, άγχος οφειλόμενο σε οργανική αλλαγή, φοβία ή νεύρωση).¹⁸
- *Αντιμετώπιση του άγχους*: Αποδοχή του άγχους, συζήτηση σχετικά με το άγχος, εξήγηση του άγχους, όχι διαταραχή των αμυντικών μηχανισμών, χρήση όλων των λεκτικών και μη λεκτικών μεθόδων επικοινωνίας.^{19,20}

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Παρόλο που χρησιμοποιούμε όρους όπως σύμβουλος και ασθενής (ή, κατ' αντιστοιχία, νοσηλεύτης και ασθενής), στην ουσία υπάρχει ένα πρόσωπο που χρειάζεται βοήθεια και ένα άλλο που προσφέρει βοήθεια. Η πρώτη συνάντηση του συμβούλου και του ασθενούς είναι μια καινούργια εμπειρία και για τους δύο, είτε αυτή λαμβάνει χώρα στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον είτε στην κοινότητα. Κι οι δύο προσέρχονται πρόθυμα, αν και με διαφορετικό τρόπο, για να διερευνηθούν ο ένας τον άλλον. Παρόλο που πρόκειται για μια καινούργια εμπειρία, η σχέση τους και ιδιαίτερα η αρχική τους επαφή θα επηρεαστεί πάρα πολύ από τη στάση του καθενός τους στη νέα αυτή κατάσταση. Οι προσδοκίες και οι φόβοι του συμβούλου μπορεί να είναι πολλοί και να εξαρτώνται από την προσωπικότητα και την εμπειρία του, όπως επίσης και από τη φύση του προβλήματος που έχει να αντιμετωπίσει. Παρόλα αυτά, τα κύρια χαρακτηριστικά

ενός πετυχημένου συμβούλου είναι η συναισθηματική ζεστασιά, η κατανόηση και η ειλικρίνεια. Επίσης, ο ασθενής-πελάτης χρειάζεται να νιώθει ότι ο σύμβουλος είναι κάποιος με τον οποίο μπορεί να επικοινωνήσει.²¹

Είναι σημαντικό για το σύμβουλο να είναι ενήμερος των συναισθημάτων του, ώστε να μην τον εμποδίζουν στην προσπάθειά του να μάθει τον ασθενή του ως άτομο. Αλλιώς, μπορεί να είναι τόσο απορροφημένος από την προθυμία του να βοηθήσει, με βάση τα όσα λένε οι επιβλέποντες ή οι διευθυντές του, ή μπορεί να είναι τόσο απασχολημένος να αποδείξει το πόσο επιτυχημένος είναι, που όλα αυτά να επισκιάσουν τη συνέντευξη και να διαστρεβλώσουν την αντίληψη και τις αντιδράσεις του. Αν σε όλα αυτά τα συναισθήματα γίνει η κατάλληλη προηγούμενη επεξεργασία και κρατηθούν υπό έλεγχο, ώστε να αναδειχθούν στη διάρκεια της συνέντευξης, ο σύμβουλος θα είναι πιο ελεύθερος να παρατηρήσει και να προσλάβει ό,τι συμβαίνει στο εδώ-και-τώρα της θεραπευτικής συνεδρίας. Ο σύμβουλος πρέπει επίσης να απαλλαγεί από προκατειλημμένες απόψεις για τον ασθενή, από τη μια συνέντευξη στην άλλη. Κάθε φορά είναι μια καινούργια αρχή και παρόλο που υπάρχει μια κοινή γνώση και εμπειρία, ο θεραπευτής πρέπει να είναι ελεύθερος να βλέπει τον ασθενή απ' την αρχή, για να επιτρέψει να εμφανιστεί ακόμα μια πλευρά της προσωπικότητας του ασθενούς κι έτσι να επιτραπεί η αλλαγή και η εξέλιξη.²²

Είναι φανερό ότι ο καλύτερος σύμμαχος του ασθενούς στη Συμβουλευτική είναι η ικανότητά του να μιλά ελεύθερα και συναισθηματικά για τον εαυτό του και τα βιώματά του. Αλλά και ο θεραπευτής δεν απορροφά απλώς ό,τι ακούει, σαν σπόγγος. Καθώς ακούει, αξιολογεί ό,τι ακούει, με βάση αυτά που γνωρίζει για τον ασθενή, τη σχέση και τη φύση της επικοινωνίας. Από μια άποψη, μεταβολίζει το υλικό και το δίνει πίσω στον ασθενή με μια μορφή που είναι πιο χρήσιμο γι' αυτόν, απ' ό,τι ήταν αρχικά. Όπως είπε κάποιος ασθενής, «αν δεν το δεις διαφορετικά από μένα, μου είσαι άχρηστος».²³

Η παρέμβαση του θεραπευτή μπορεί να πάρει πολλές μορφές: μπορεί να ερμηνεύσει, να διδάξει, να συνδέσει, να ξεκαθαρίσει και να θέσει τα πράγματα αντίκρου στον ασθενή. Όμως, ο θεραπευτής θα πρέπει πάντα να «προκαλεί» τα εξής: απελευθέρωση συναισθημάτων, ξεμπλοκάρισμα, αποκάλυψη αμυνών, ανάδυση ασυνειδητών συναισθημάτων στη συνειδητότητα, άμεση προσοχή σε μια πλούσια ή αποφευκταία περιοχή. Μπο-

ρεί να αφορά οτιδήποτε εμφανίζεται μέσα στη σχέση: το περιεχόμενο, τη διαδικασία, τη μεταβίβαση, αλλά η αποτελεσματικότητά της βρίσκεται στην αμεσότητά της. Για να προκαλέσει «κίνηση» μια παρέμβαση, επικάθεται στη συναισθηματική συμμετοχή και το άγχος του ασθενούς. Πρέπει να δοθεί όταν αυτός είναι έτοιμος να ακούσει και να τη χρησιμοποιήσει, κι έτσι κι εδώ ο συγχρονισμός είναι η ουσία.²⁴

Συχνά δεν είναι απαραίτητο να μιλήσει ο σύμβουλος. Αν ο ασθενής ακούει τον εαυτό του (και αυτός είναι πάνω από κάθε άλλον, που πρέπει να ακούσει), είναι συναισθηματικά σε επαφή με τον εαυτό του και δεν αμύνεται, τότε μπορεί να κάνει για τον εαυτό του περισσότερο από αυτά που μπορεί να κάνει ο σύμβουλος. Είναι αρκετό το ότι ο θεραπευτής παρευρίσκεται ως μάρτυρας.

Η συμμετοχή του συμβούλου είναι να δει μέσα από το μπλέξιμο και να επαναορίσει το πρόβλημα, ώστε να αντιμετωπιστεί αυτό πιο εποικοδομητικά. Το ξεκαθάρισμα βοηθά αυτούς που φαίνονται ανίκανοι να πουν ό,τι θέλουν να πουν ή αυτούς που είναι μπλεγμένοι μέσα στη σύγχυση.

Επίσης, κάποια εξήγηση γύρω απ' τους ανθρώπους και τις σχέσεις μπορεί να δια φωτίσει έναν αμήχανο ασθενή, που φαίνεται να μην έχει κανένα πλαίσιο για να σκεφθεί τον εαυτό του. Η μέγιστη συμμετοχή και συνεισφορά του θεραπευτή, όμως, είναι να εργάζεται με τα ασυνείδητα μηνύματα του ασθενούς, που εκείνος, εξ ορισμού, δεν μπορεί αμέσως να γνωρίζει: η ερμηνεία του αρχίζει εκεί που σταματά ο ασθενής ή όπου οι άμυνές του τον εμποδίζουν να προχωρήσει.²⁵

Μια ερμηνεία προτίθεται να «εξηγήσει» φανερή συμπεριφορά και συναισθήματα με το να αναφέρεται σε κρυμμένα συναισθήματα, άγχη, άμυνες και φαντασίες. Οι ίδιες θεωρητικές δομές που χρησιμοποιούνται για την ψυχοδυναμική διάγνωση χρησιμοποιούνται και για το σχηματισμό μιας ερμηνείας. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο παρόρμηση-άγχος, ο θεραπευτής παρατηρεί ότι ο ασθενής νιώθει ή θέλει να εκδραματίσει μια παρόρμηση (είναι θυμωμένος), αλλά ότι η επιθυμία του προκαλεί άγχος (φοβάται μήπως πληγώσει κάποιον) κι έτσι κινητοποιεί μια άμυνα για να αμβλύνει το άγχος (κάνει το αντίθετο και είναι εξαιρετικά ευχάριστος).²⁶

Σ' ένα επίπεδο, η ανάπτυξη μιας ερμηνείας είναι μια διανοητική διαδικασία για το θεραπευτή, αλλά για να είναι αποτελεσματική πρέπει να υποστηρίζεται από τα

συναισθήματα του θεραπευτή και να αναφέρεται στα άμεσα συναισθήματα και άγχη του ασθενούς. Γι' αυτόν το λόγο, οι ερμηνείες που βασίζονται στην ένδειξη του εδώ-και- τώρα ή της μεταβίβασης είναι πιο πιθανό να έχουν μια συναισθηματική επίπτωση και να οδηγήσουν στην αλλαγή.²⁷

Οποιαδήποτε μορφή κι αν πάρει η παρέμβαση του θεραπευτή, υπάρχουν δύο βασικοί κανόνες που είναι ουσιαστικό να ακολουθεί όταν λέει οτιδήποτε στον ασθενή για τη συμπεριφορά ή τα συναισθήματά του.²⁸

Ο *πρώτος κανόνας* είναι: Ο θεραπευτής ποτέ δεν μπορεί να ξέρει τίποτα για τον ασθενή του με απόλυτη βεβαιότητα. Οι ενδείξεις μπορεί να είναι άφθονες, αλλά επειδή τόσα πολλά προέρχονται από υποκειμενικές περιοχές, ο σύμβουλος μπορεί μόνο να προσφέρει μια υπόθεση για να απαντηθεί απ' τον ασθενή. Ο «παντογνώστης» σύμβουλος που αναγγέλλει από ψηλά, προσβάλλει βαθιά την ακεραιότητα του ασθενούς του και τη σχέση τους.

Ο *δεύτερος κανόνας* είναι: Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να έχει μια δευτερεύουσα πρόταση, που να αρχίζει με το «επειδή». Οι ασθενείς γενικά έχουν καλή γνώση του τι κάνουν. Χρειάζονται βοήθεια με το γιατί. Ακόμα, με το να λέμε απλώς ότι κάνουν αυτό ή εκείνο, ριψοκινδυνεύουμε να ηχίσουμε –κι ίσως πραγματικά να είμαστε– άδικα επικριτικοί.

Αυτοί οι κανόνες υπάρχουν, γιατί σιγουρεύουν το χώρο που έχει ο ασθενής για ελιγμούς μετά από μια παρέμβαση. Ανεξάρτητα από το πόσο θετικά δόθηκε και πάρθηκε, μια παρέμβαση είναι μια απειλή στον υπάρχοντα εαυτό: τείνει να δημιουργήσει αλλαγή, παρουσιάζει στον ασθενή κάτι από το οποίο εκείνος προσπαθεί να προστατέψει τον εαυτό του και του θυμίζει την ευαλωτότητά του στο ότι χρειάζεται κάποιον που να βλέπει αυτό που εκείνος δεν έχει μπορέσει να δει μόνος του.²⁹

Τα χαρακτηριστικά του καλού νοσηλευτή-συμβούλου μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

Να είναι:

- Ειλικρινής και να εκδηλώνεται έτσι
- Πραγματικός, δηλαδή να αντανακλάει αυτό που είναι και που νιώθει
- Ευέλικτος
- Συμβιβαστικός, συνεπής, δηλαδή να έχει σταθερή συμπεριφορά και συνέπεια στα λόγια και στις πράξεις του

- Ενσυναισθητικός και να διακρίνεται για τη συμπάθεια και την κατανόηση για τον ασθενή και το πρόβλημά του
- Αλτρουιστής, να αγαπάει δηλαδή ουσιαστικά τον άνθρωπο

Να μην:

- Είναι υπερβολικά περίεργος
- Έχει αίσθηση υπεροχής επειδή έχει απέναντί του κάποιον που βιώνει ένα πρόβλημα
- Δίνει εύκολες ερμηνείες, η αλήθεια δεν είναι επιφανειακή!!!
- Στενοχωριέται υπερβολικά γιατί δεν μπορεί να λύνει όλα τα προβλήματα
- Χρησιμοποιεί την ίδια μέθοδο σε όλους
- Διακατέχεται από κριτική διάθεση.^{30,31}

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σύμφωνα με τον Gerbner, η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως κοινωνική αλληλεπίδραση διαμέσου μηνυμάτων, ενώ ο Theodorson θεωρεί την επικοινωνία ως τη μετάδοση πληροφοριών, ιδεών, στάσεων ή συναισθήματος από ένα πρόσωπο σε ένα άλλο, κυρίως διαμέσου συμβόλων.^{32,33}

Η επικοινωνία με ηλικιωμένους ασθενείς παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, γι' αυτό και ο σύμβουλος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ορισμένες αρχές που διέπουν τη συζήτηση με ηλικιωμένους ασθενείς.

Η σχέση συμβούλου-ασθενή είναι μια θεραπευτική σχέση η οποία έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, ενώ στόχος της είναι η προαγωγή της υγείας. Η σχέση αυτή είναι εμπιστευτική αλλά και χρονικά περιορισμένη. Οι φάσεις μιας συμβουλευτικής σχέσης είναι οι ακόλουθες:

1. *Εισαγωγική-Φάση προσαρμογής:* Γνωριμία με τον ασθενή, διευκρίνιση του ρόλου του νοσηλευτή, δηλαδή τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, καθορισμός χρονοδιαγράμματος και, τέλος, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και σχέσης εμπιστοσύνης.
2. *Φάση λειτουργίας-εργασίας:* Διατήρηση σχέσης με τον ασθενή, δηλαδή διατήρηση του πλαισίου της σχέσης, συνέπεια και συνοχή, ενθάρρυνση της επικοινωνίας, προαγωγή της επίλυσης προβλημάτων και του αυτο-

σεβασμού και, τέλος, αξιολόγηση, καθορισμός στόχων και υλοποίηση.

3. *Τελική φάση:* Ανασκόπηση της σχέσης και των δυνατοτήτων του ασθενούς, αναγνώριση συναισθημάτων λύπης και απώλειας, αποφυγή συνέχισης της σχέσης, παροχή βοήθειας στον ασθενή για να προσδιορίσει μελλοντικούς στόχους και διαθέσιμους πόρους.³⁴

Υπάρχουν πολλές τεχνικές δημιουργίας μιας συμβουλευτικής σχέσης με τον ασθενή, οι οποίες δίνουν αρχικά έμφαση στον ασθενή (δεν λέμε στον ασθενή να μην νιώθει ή τι να νιώθει, τον βοηθούμε να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του), ενώ άλλες τεχνικές δίνουν έμφαση σε στοιχεία της σχέσης όπως η ειλικρίνεια και αυθεντικότητα, η εφευρετικότητα και η ενσυναίσθηση. Επίσης, υπάρχουν συμπεριφορές που διευκολύνουν την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση, όπως η οπτική επαφή, η κλίση του σώματος προς τον ασθενή, η απόσταση που παρέχει ασφάλεια, η άνετη συμπεριφορά, οι εκφράσεις του προσώπου που δείχνουν ενδιαφέρον και η ανοιχτή στάση του σώματος. Βασικές προϋποθέσεις της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι η διατήρηση του αυτοσεβασμού και η κατανόηση του ασθενούς πριν από την παροχή πληροφοριών.³⁵

Οι βασικές τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν την προσεκτική ακρόαση, τις γενικές ερωτήσεις (π.χ. «Υπάρχει κάτι που σας απασχολεί;», «Θα θέλατε να μιλήσουμε για κάτι συγκεκριμένο;»), τις τεχνικές αντανάκλασης (παράφραση-περίληψη των όσων είπε ο ασθενής, νέα «τοποθέτηση»-επανάληψη της λέξης ή φράσης του ασθενούς), την πληροφόρηση, την αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενούς, την αναγνώριση σκέψεων και συμπεριφορών, την αποσαφήνιση (π.χ. «Εννοείτε...», «Δεν είμαι σίγουρη/ος ότι σας καταλαβαίνω»), το «μοίρασμα» παρατηρήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς (π.χ. «Φαίνεται ταραγμένος») και, τέλος, το χιούμορ.³⁶

Υπάρχουν βέβαια και αντιδράσεις που εμποδίζουν τη θεραπευτική επικοινωνία. Αυτές είναι οι στερεότυπες εκφράσεις (π.χ. «πώς νιώθετε;», «κάντε αυτό που λέει ο γιατρός»), η συμφωνία με τον ασθενή (δυσκολεύεται αργότερα ο νοσηλευτής να τροποποιήσει ή να αλλάξει όσα είπε), η παροχή κοινών συμβουλών (π.χ. «Γιατί δεν κάνετε...;», «Αν ήμουν στη θέση σας...»), η αποδοχή ή η απόρριψη («Μπράβο, αυτό πρέπει να κάνετε»/«Δεν πρέπει να ανησυχείτε τόσο»), η λανθασμένη επιβεβαίωση (π.χ. «Όλα θα πάνε καλά», «Τα πάτε καλά»), η κρι-

τική και η ηθικολογία (π.χ. «Η συμπεριφορά σας δεν ήταν καλή», «Είναι καλός ασθενής» κ.λπ.), η διακοπή ή η αλλαγή θέματος, η αμυντική συμπεριφορά (π.χ. «Ο γιατρός σας είναι πολύ ικανός», «Είναι πολύ καλή/ός νοσηλεύτρια/τής»), οι ερωτήσεις που αρχίζουν με το «γιατί» και, τέλος, η μείωση των συναισθημάτων του ασθενούς (π.χ. «Όλοι νιώθουν πολύ άγχος κάποιες φορές», «Ξέρω πώς νιώθετε»).

Ειδικά για τους ασθενείς με ΑΕΕ, οι παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι τα διάφορα προβλήματα λόγου (δυσarthρία, δυσφασία, αφασία), τα αισθητηριακά προβλήματα, οι γνωστικές διαταραχές και τα αρνητικά συναισθήματα (άγχος, κατάθλιψη κ.ά.).³⁷

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ένα μεγάλο μέρος των ατόμων με ΑΕΕ μένουν στο σπίτι και περίπου στο 80% των περιπτώσεων η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει την ολική φροντίδα τους. Συχνά, οι καθημερινές λειτουργίες των ασθενών με ΑΕΕ φθίνουν και παρουσιάζονται δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δεξιοτήτων, όπως το ντύσιμο και η καθημερινή προσωπική φροντίδα. Όμως, οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι το δυσκολότερο από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές και αποτελούν συχνά τον κυριότερο λόγο αναζήτησης ιατροφαρμακευτικής αρωγής. Η σχέση ασθενούς-οικογένειας δεν είναι εύκολη, αφού η φροντίδα ασθενών προκαλεί υψηλά επίπεδα φυσικής και συναισθηματικής κόπωσης.³⁸

Η οικογένεια είναι μια μικρογραφία της κοινωνίας και συνήθως υπάρχουν εναλλασσόμενες και αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις μεταξύ των μελών της, γι' αυτό και κάθε οικογένεια είναι μοναδική, δηλαδή χρειάζονται συγκεκριμένες πληροφορίες για να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν οι δικές της ανάγκες. Καθώς καλείται να αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου με ΑΕΕ, η οικογένεια πιέζεται να προσαρμοστεί στις νέες απαιτήσεις. Όμως, μερικές φορές η προσαρμοστική ικανότητα της οικογένειας είναι περιορισμένη και γι' αυτό υπάρχει ο κίνδυνος της αποδιοργάνωσής της. Τότε χρειάζεται η συμβουλευτική παρέμβαση, που θα έχει ως σκοπό να βοηθήσει στην αποκατάσταση της οικογενειακής ισορροπίας.³⁹

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην υγεία του συγγενικού ατόμου επιφέρουν έναν εσωτερικό διάλογο σχετικά με το πώς νιώθουν οι φροντιστές για τον εαυτό τους και την κατεύθυνση ζωής που ακολουθούν. Μερικές αξίες του παρελθόντος αλλάζουν ή εγκαταλείπονται, ενώ άλλες καταλαμβάνουν πρωτεύοντα ρόλο. Σε αυτό το πλέγμα, και με την απελπισία που βιώνουν τα δύο μέλη αυτής της σχέσης, έχει αναγνωριστεί διεθνώς η αξία της στήριξης της οικογένειας ως προτρεπτικός παράγοντας της ιδρυματοποίησης του ασθενούς με ΑΕΕ.

Σε αντίθεση με άλλες εμπειρίες, η ασθένεια προκαλεί κρίση που συνοδεύεται από σημαντικό φυσικό και συναισθηματικό stress, αισθήματα πόνου, θυμού ή απογοήτευσης, αισθήματα απελπισίας, ανίσχυρης θέσης και αίσθημα του αβοήθητου. Όμως, υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τη διαδικασία αλλαγής από τον παλιό στο νέο τρόπο ζωής τους και το νέο νόημα που δίνει αυτό στη ζωή τους, οι οποίες εξηγούνται ιδιαίτερα από τις παρακάτω παραμέτρους: (α) την αυτοπεποίθηση του φροντιστή ότι θα καταφέρει να αντεπεξέλθει στις νέες συνθήκες ζωής, (β) την έμπρακτη συμπαράσταση από σημαντικά πρόσωπα του ευρύτερου περιβάλλοντος, (γ) την προσωπική φιλοσοφία του φροντιστή για τα γεγονότα ζωής και ιδιαίτερα όπως αυτά επηρεάζουν τη ζωή.⁴⁰

Η συνάντηση με την οικογένεια

Η πρώτη επικοινωνία με την οικογένεια βοηθάει να μετριαστεί το άγχος και να περιοριστούν τυχόν φραγμοί που εμποδίζουν την έκφραση σκέψεων και προβληματισμών. Εφόσον εξασφαλιστεί κάποιο επίπεδο επικοινωνίας, ο σύμβουλος συζητάει με την οικογένεια κάποιο οδηγό αξιολόγησης της τρέχουσας κατάστασης. Στη συνέχεια, καταρτίζεται ένας κατάλογος με θετικά και αρνητικά στοιχεία, τα οποία και αξιολογούνται, αφού αυτός ο κατάλογος θα είναι η βάση για το προγραμματισμό της συμβουλευτικής φροντίδας της οικογένειας. Τέλος, ο σύμβουλος ανακεφαλαιώνει ό,τι ειπώθηκε, επανατοποθετώντας το σκοπό της διαδικασίας, και προγραμματίζει την επόμενη συνάντηση.

Προκειμένου να βοηθήσει, ο σύμβουλος μέσω των αρχικών συνεδριών με την οικογένεια πρέπει να προσδιορίσει τις εξής παραμέτρους της οικογένειας: (α) δομή (οικογενειακό δένδρο), (β) αναπτυξιακό στάδιο, (γ) λειτουργική δομή και διαπροσωπικές σχέσεις, (δ) φυσι-

κή, κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση κάθε οικογενειακού μέλους, (ε) προϋπάρχοντες υποστηρικτικοί μηχανισμοί. Στη συνέχεια, ο σύμβουλος με την οικογένεια θα πρέπει να θέσει τους ακόλουθους στόχους: (i) ενίσχυση των δυνατοτήτων προσαρμογής του ασθενούς και της οικογένειας, (ii) ενθάρρυνση των δραστηριοτήτων που βελτιώνουν ή τουλάχιστον διατηρούν την υγεία, (iii) εκπαίδευση σε τεχνικές αντιμετώπισης του stress, (iv) αντιμετώπιση της φυσικής και συναισθηματικής εξάντλησης.⁴¹

Υπάρχουν οι ακόλουθες επεμβάσεις, στις οποίες η οικογένεια θα μπορούσε να δεσμευθεί, έτσι ώστε να προσφέρει πρακτική βοήθεια στον ασθενή: (α) να υποβοηθήσει τη βελτίωση της προσωπικής υγιεινής και τις επιλογές ένδυσης, (β) να αντιμετωπίσει την απάθεια του ασθενούς για καθημερινές ενασχολήσεις, (γ) να εξετάσει τα ζητήματα οικονομικής διαχείρισης, (δ) να αντιμετωπίσει τις ξαφνικές αλλαγές διάθεσης του ασθενούς, (ε) να αντιμετωπίσει την επιθετικότητα. Παρόλα αυτά, η οικογένεια βιώνει την απελπισία από το βάρος της νόσου, η οποία ποικίλλει σε βάθος και μπορεί να γίνει χρόνια. Συχνά η απογοητευτική πορεία της αποκατάστασης επηρεάζει την οικογενειακή ισορροπία, την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και την προθυμία υποστήριξης του ασθενούς.⁴²

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσό πίεσης στην οικογένεια προκειμένου να φροντίσει τον ασθενή, ώστε να τον κρατήσει όσο το δυνατόν περισσότερο εκτός ιδρυματικών δομών. Η προσαρμογή στις νέες απαιτήσεις μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μια αλλαγή στις αξίες, τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις της οικογένειας. Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις, οι ικανότητες οικογενειακής προσαρμογής είναι αρκετά περιορισμένες και, επομένως, η Συμβουλευτική είναι απαραίτητη έτσι ώστε να αποκατασταθεί η αρχική ισορροπία.⁴³

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές και τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας ανακαλύπτουν ότι έρχονται συχνά στη θέση να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή, σε μια προσπάθεια να προσφέρουν επιβεβαίωση, ενθάρρυνση και συμπόνια. Πράγματι, ίσως αυτή να είναι η πιο συνηθισμένη και η πιο εποικοδομητική βοήθεια. Σε πολλές περιπτώσεις, το να ακούει κάποιος μπορεί να είναι πιο σημαντικό από το να δίνει συμβουλές, δεδομένου ότι

«ακούω» σημαίνει όχι μόνο ότι αντιλαμβάνομαι τις λέξεις που προφέρονται, αλλά κατανοώ τι λέει ο άλλος και προσπαθώ επίσης να κατανοήσω πώς αισθάνεται.

Ο νοσηλευτής-σύμβουλος θα πρέπει να επιτρέψει στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και να τον διαβεβαιώσει ότι είναι απολύτως φυσιολογικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Noonan E. *The making of a counselor*. SAGE, New York, 2000
- Buckman R. *I don't know what to say*. Little & Brown, Boston, 1989
- Knapp M, Hall J. *Nonverbal communication in human interaction*. Holt Rinehart & Winston, New York, 1992
- Caplan L. New therapies for stroke. *Arch Neurol* 1997, 54:1222-1224
- Gilbert D, Connolly J. *Personality, social skills and psychopathology: an individual differences approach*. Plenum, New York, 1991
- Δημητρόπουλος Ε. *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Τόμος 1ος. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1999
- Evans R, Matlock A, Bishop D, Stranahan S, Pederson C. Family intervention after stroke: does counselling or education help? *Stroke* 2001, 19:1243-1249
- van Veenendaal H, Grinspun D, Adriaanse H. Educational needs of stroke survivors and their family members, as perceived by themselves and by health professionals. *Pat Educ Counsel* 1996, 28:265-276
- Mayer C, Andrusyszyn M, Iwasiw C. Codman Award Paper: self-efficacy of staff nurses for health promotion counselling of patients at risk for stroke. *Axone* 2005, 26:14-21
- King R, Semik P. Stroke caregiving: difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *J Gerontol Nurs* 2006, 32:37-44
- van den Heuvel E, de Witteb L, Stewatr R, Schurea L, Sanderma R, de Meyboom B. Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? *Pat Educ Counsel* 2002, 47:291-299
- Mayor S. *Psychological changes after stroke*. London, The Stroke Association, 2001
- Morris L, Raphael B, Robinson R. Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. *Med J Austr* 1992, 157:239-242
- Cohen D, Harbin C, Collis L, Greenberger J. Counseling the stroke patient and family. *J Med Assoc Ga* 1986, 75:93-97
- Bandura A, O'Leary A, Taylor C, Gauthier J, Gossard D. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and non-opioid mechanisms. *J Personal Soc Psychol* 1977, 35:563-571

16. Villarruel A. Mexican-American cultural meanings, expressions, self-care and dependent-care actions associated with experiences of pain. *Res Nurs Health* 1995, 18:427-436
17. Stanley M, Novy D, Bourland S, Beck G, Averill P. Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behav Res Ther* 2001, 39:221-235
18. Pillow D, Zautra A, Sandler I. Major life events and minor stressor: Identifying mediational links in the stressor process. *J Personal Soc Psychol* 1996, 70:381-392
19. Martelli M, Averbach S, Alexander J, Mercuri L. Stress management in the health care setting: Matching interventions with patient coping styles. *J Consult Clin Psychol* 1987, 55:201-207
20. Pearce N. *Coping with stress*. A British Medical Association Publ, 1997
21. Winnicott D. *The piggle: An account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. Penguin Books, New York, 1991
22. Visser-Meily A, van Heugten C, Post M, Scephers V, Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Pat Educ Counsel* 2005, 56:257-267
23. Knapp M, Hall J. *Nonverbal communication in human interaction*. Holt Rinehart & Winston, New York, 1992
24. Van der Smagt-Duijnste M, Hamers J, Abu-Saad H, Zuidhof A. Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. *J Adv Nurs* 2001, 33:307-315
25. Clark M, Rubenach S, Winsor A. A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. *Clin Rehabil* 2003, 17:703-712
26. Ezriel H. A personal account. *Bloomfield Group Analysis* 2001, 34:409-418
27. Sarafino E. *Health psychology: bio-psychosocial interactions*. 3rd ed. John Wiley & Sons, New York, 1998
28. O'Mahony P, Rodfers H, Thomson R, Dobson R, James O. Satisfaction with information and advice received by stroke patients. *Clin Rehabil* 1997, 11:68-72
29. Hartke R, King R. Analysis of problem types and difficulty among older stroke caregivers. *Stroke Rehabil* 2002, 9:16-33
30. Brammer L. *The helping relationship: process and skills*. Prentice Hall, New York, 1988.
31. Gerbner G. Toward "cultural indicators": The analysis of mass mediated message systems. *AV Communic Rev* 1967, 17:137-148
32. Theodorson G. *A modern dictionary of sociology: concepts and terminology of sociology and related disciplines*. Oxford University Press, Oxford, 1969
33. Murray C, Harrison B. The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disabil Rehabil* 2004, 8:808-816
34. Bendsen B, Lauritzen L, Vilmar T, Bech P. Post stroke patients in rehabilitation, the relationship between biological impairment, physical disability and clinical depression. *Eur Psychiatry* 1997, 12:339-404
35. Cristian M. *Το εγκεφαλικό επεισόδιο. Αποκατάσταση και εγκαρτέρηση*. Εκδόσεις Horst, Αθήνα, 1991
36. Falkman S. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Personal Soc Psychol* 1986, 50:571-579
37. Nieboer A, Schulz R, Matthews K, Scheier M, Ormel J, Lindenberg S. Spousal caregivers' activity restriction and depression: a model for changes over time. *Soc Sci Med* 1998, 47:1361-1371
38. Mant J, Carter J, Wade D, Wimmer S. Family support for stroke: a randomized control trial. *Lancet* 2000, 356:808-813
39. Zisook S, Paulus M, Shuchter S, Judd L. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* 1997, 45:85-94
40. Hallowell B, Enderie J. Improving design project experiences through improved assessment practices. *Biomed Sci Instrument* 2001, 37:411-416
41. Shuchter S, Zisook S. Widowhood. The continuing relationship with the dead spouse. *Bull Menninger Clin* 1988, 52:269-279
42. Reed K. Grief is more than tears. *Nurs Sci Quart* 2003, 16:77-81
43. Maurer H. *Το εγκεφαλικό επεισόδιο*. Παρισιάνος, Αθήνα, 1991

Υποβλήθηκε: 2/3/2005

Επανυποβλήθηκε: 9/5/2006

Εγκρίθηκε: 16/5/2006